

**CONSIDÉRATIONS
SUR LES DISTENTIONS AIGUES
DE LA VÉSICULE BILIAIRE
CHEZ L'ENFANT**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 JUILLET 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

COURTIEU Monique

Née le 28 Février 1936 à CASABLANCA (Maroc)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1964

CONSIDÉRATIONS
SUR LES DISTENSIONS AIGUES
DE LA VÉSICULE BILIAIRE
CHEZ L'ENFANT

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires :

MM. J. LÉPINE
H. HERMANN

Membre de l'Institut.
Correspondant de l'Institut.

Doyen :

J.F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN,
GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSEL J.	Clinique traumatologique des membres
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD P.	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD M.	Thérapeutique
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique infantile et hygiène du premier âge
GONIN	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de Chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique Stomatologique
MARION J.	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT L.	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD P.	Clinique de Chirurgie cardiaque
X...	Clinique des maladies infectieuses
X...	Biologie médicale et pharmacodynamie

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
BERTOYE A.	Bactériologie
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie pharmaceutique
SARROUY	Clinique de Pédiatrie
LACROIX	Climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale
CIER A.	Pharmacie chimique et Pharmacologie

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSSEL R.	Chimie biologique	MM. BUFFARD	Electro-radiologie
THIVOLET	Hygiène	LEJEUNE	Méd. gén. et thérapeutique
GARIN	Parasitologie	De MOIRGUES F.	Stomatologie
PINET	Electro-radiologie	NAUSSAC	Maladies infectieuses
ODDOUX	Botanique et cryptogamie	REBOUILLAT	Chirurgie générale
De SOLLIERS	Chimie analytique	ROMAGNY	Pédiatrie
TOLOT	Médecine du Travail	DELAHAYE J.	Médecine générale
DESPIERRE	Médecine générale	DELEUZE R.	Anesthésiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie	GIRAUD M.	Electro-radiologie diagnos- tic et thérapeutique.
DESCOTES	Chirurgie générale	MICHEL	Anesthésiologie
JOUVET	Pathologie expérimentale	BOUCHET	Anatomie
PEYRIN	Physique biologique	ROBERT	Médecine générale
MM. TOMMASI	Anatomie pathologique		

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. DUROUX	Anatomie	MM. MALLEIN	Chimie analytique
BRETTE	Thérapeutique	RIFFAT	Hygiène
FAYRE-GILLY	Hématologie	FAUCON	Biologie médicale et phar- macodynamie
GIROD	Histologie et embryologie	FLANDROIS	Physiologie
GRAS	Chimie biologique	VIALIER-RAYNARD	Bactériologie

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BURTHIAULT	Obstétrique	MM. ALLEGRE	Neuro-chirurgie
R. FRANÇOIS	Pédiatrie et Puériculture	CHASSARD	Electro-radiologie
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie	FAYSSE	Orthopédie
GUILLEMEN	Chirurgie générale	GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
JAUBERT de BEAUCHEU	Chirurgie générale	GARDE	Médecine générale
MARION P.	Chirurgie générale	HUGONNIER	Ophthalmologie
PLAUCHU	Médecine générale	KALB	Pneumo-physiologie
PONT	Médecine générale	LARBRE	Médecine générale
SAUTOT	Chirurgie générale	MARET	Chirurgie générale
TRAEGER	Médecine générale	MORNEX	Médecine générale
VIGNON	Médecine générale	NORMAND	Médecine générale
BONAMOUR	Ophthalmologie	PERRIN A.	Médecine générale
COLIN	Médecine Légale	BETHENOD	Pédiatrie et puériculture
COLOMB	Dermatologie	DUMAS	Stomatologie
De MOIRGUES G.	Chirurgie générale	FRIES	Médecine générale
DEVIC	Médecine générale	GARMIER	Obstétrique
DUMONT M.	Obstétrique	LAMBERT	Médecine générale
DURAND	Urologie	MICHOULIER	Chirurgie générale
FRANCILLON	Chirurgie Générale	NOEL	Médecine générale
SAUBIER	Chirurgie générale	SCHNEPP	Orthopédie
SCHOTT	Neuro-psychiatrie		

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. MARION, Président ; M. GIRARD, FREIDEL, FAYSSE, Assesseurs

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**CONSIDÉRATIONS
SUR LES DISTENTIONS AIGUES
DE LA VÉSICULE BILIAIRE
CHEZ L'ENFANT**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 JUILLET 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

COURTIEU Monique

Née le 28 Février 1936 à CASABLANCA (Maroc)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1964

A GUY

A ma petite MARTINE

A MES PARENTS

dont la bonté sait rester intelligente et active.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A mon amie Danièle RICHARD

A mes amis

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur J. MARION

Au cours de deux semestres d'Externat nous avons pu admirer ses éminentes qualités. Son esprit brillant, ses talents d'expression, son sens clinique, sa culture étendue se joignent chez lui à la plus haute conscience professionnelle au service des enfants qu'il soigne et des élèves qu'il enseigne.

Il nous a honoré de sa confiance en nous donnant ce travail. Qu'il en soit ici remercié.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur M. GIRARD

Il a guidé avec beaucoup de bienveillance nos premiers pas hésitants, dans les Hôpitaux. Très vite nous avons été séduite par son goût des nuances, la clarté de ses exposés, le charme de sa personnalité, et nous gardons de son Service de l'Hôpital de la Croix-Rousse un souvenir particulièrement cher.

Nous le remercions très vivement d'avoir accepté d'être de nos juges.

Monsieur le Professeur FREIDEL

Un semestre d'Externat, trop court à notre gré, nous a permis d'approcher sa personnalité calme et souriante, toujours égale et digne. Nous avons admiré la maîtrise chirurgicale et plus encore l'extrême sensibilité qu'il témoigne chaque jour à ceux qu'il soigne. Il a accepté de juger ce travail assez éloigné de ses préoccupations habituelles. Nous lui témoignons notre attachement et toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé FAYSSE

Deux semestres nous ont amené à mieux connaître tout ce que le silence, la modestie et la discrétion cachaient chez lui de compétence, et de sagesse. Nous avons apprécié l'équilibre qu'il sait conserver dans le calme, la précision et la sécurité de ses gestes et de son action. Nous le remercions d'avoir accepté de siéger dans notre jury.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur M. GIRARD

Monsieur le Professeur Agrégé R. DESJACQUES

Externat provisoire :

Monsieur le Professeur E. POLLOSSON

Monsieur le Professeur Agrégé R. DESJACQUES

Externat :

Monsieur le Professeur J. MARION et

Monsieur le Professeur Agrégé FAYSSÉ

Monsieur le Professeur Agrégé R. DESJACQUES et

Monsieur le Docteur GODINOT

Monsieur le Professeur Ch. FREIDEL et

Monsieur le Professeur Agrégé P. DUMAS

Monsieur le Professeur J. MARION et

Monsieur le Professeur Agrégé FAYSSÉ

A NOS CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT

Messieurs les Docteurs :

R. CUILLERET, J.C. BARTHE, G. PLANCHU,
P. LEQUIN, J.J. BREMANT, M. CROISILLE, R. LEVRAT

A Monsieur le Docteur Maurice DAUDET

A qui nous devons le choix de cette thèse et
une partie de son élaboration. Nous le remercions
et nous lui exprimons notre affectueuse gratitude.

I. — INTRODUCTION

Dans une communication faite à la Société de Pédiatrie, le 17 octobre 1933, le Professeur FEVRE, le premier, décrivait et commentait deux cas de distension vésiculaire aiguë chez l'enfant.

Cette affection, qui reste relativement rare de nos jours, a vu le nombre des cas se multiplier dans la littérature. Nous en avons groupé 25 qui comprennent les 2 observations princeps de M. FEVRE et les 3 cas traités dans le Service du Professeur J. MARION.

II. — DÉFINITION ET ÉTUDE DES LÉSIONS

La distension vésiculaire aiguë se manifeste comme une apparente urgence abdominale, survenant sans raison évidente chez un enfant jusque-là en bonne santé. On découvre, à l'intervention, une vésicule biliaire distendue, et remplie de bile sous pression : bile et paroi vésiculaire étant macroscopiquement normales.

Cette définition posée, nous étudions dans 25 cas l'ensemble des lésions rencontrées et décrites, de la vésicule et de l'arbre biliaire.

1°) **La vésicule biliaire.** Elle surgit à la laparatomie. Ses formes sont diverses et les comparaisons vont de la saucisse, banane, « aubergine lie-de-vin » à l'orange, nichées sous le foie. Echapant à la palpation dans 10 cas, elle peut apparaître dès le début de l'anesthésie générale (2 fois) ou être perçue facilement, en dépit souvent d'une défense, voire même d'une contracture (13 fois) ou saillir sous la peau comme SMOSLKA le décrit chez ce nourrisson de 5 mois. Parfois trompeuse, elle fait égarer le diagnostic ; MAC EACHERN parlera de rein hydronéphrotique.

En ce qui concerne la paroi vésiculaire elle-même, les résultats histologiques pratiqués chaque fois, affirment que sa structure est normale, exception faite de la distension. Cependant WILLIAMS rapporte 2 cas où la paroi est apparue légèrement congestive, œdémateuse et infarctie par endroits avec quelques plaques de leucocytes.

2°) **La bile** se révèle être sans exception stérile comme les cultures en apportent la preuve. Elle ne contient jamais de calculs et seule sa composition peut varier et aller d'une dilution extrême,

ce qui vaudra alors à la vésicule le terme concis d'hydrocholécyste à l'aspect d'une bile très concentrée. Elle est alors verdâtre, mucoïde et épaisse.

Les ponctions en ramènent, quelque soit sa nature, 40 ml environ ; ponction qui n'évacue jamais totalement la vésicule.

Cette distension dans tous les cas s'arrête à la jonction cervico-cystique. Compte tenu de la structure non inflammatoire de la paroi vésiculaire et de la stérilité de la bile, on comprend que l'on soit amené à admettre la nature purement mécanique de l'obstacle.

3°) **Le cystique.** Il peut être normal ou franchement pathologique (8 cas). KAPLAN le décrit comme « un canal long et malformé au niveau de la valvule spirale de HEISTER ; la partie initiale du cystique étant cartilagineuse sur deux centimètres. Des coupes en série montrent la tunellisation multiple du canal. Parfois, quelques zones perméables peuvent se voir, mais la sclérose musculaire reste importante ».

Très souvent traumatisé au cours de l'intervention, il est rarement examiné d'une façon valable mais les descriptions faites sont évocatrices. Ainsi, étroit pour LEE, fibreux pour GREENSTEIN, rétréci et pâle pour WILLIAMS, il apparaît mince, incolore ou sténosé à BARCAT, long et moniliforme pour KAPLAN et DE GROOTE. Seul KAPLAN apportera à ce qu'il soupçonne cliniquement, les conclusions sûres d'un examen anatomo-pathologique et de la cholangiographie per-opératoire.

4°) Dans sept cas, les auteurs ont pu être amenés à incriminer des **ganglions** découverts au voisinage du cystique ou de la jonction cervico-cystique. On a voulu les rendre responsables d'une compression à l'origine de la distension. LEE, ENGLENDER en pratiquent l'ablation.

Enfin, dans 17 observations, exception faite de la distension vésiculaire, le carrefour biliaire est apparu entièrement normal et les constatations restent pour chaque chirurgien qui a vu et jugé en fonction de son expérience ou de ses connaissances, un cas très personnel.

III. — PRÉSENTATION DES OBSERVATIONS

Nous avons résumé les 25 observations en notre possession.

M. FEVRE. — Société de Pédiatrie, 17 octobre 1933.

a) OBSERVATION N° 1

Fillette de 12 ans, hospitalisée d'urgence pour un syndrome abdominal aigu. Température à 38°5. Transit intestinal normal ; pas d'ictère.

A l'examen, contracture haut située.

Diagnostic : cholécystite, probablement associée à une appendicite.

Intervention :

Découverte d'une vésicule très distendue, de couleur normale. Voie biliaire principale (V.B.P.) et cystique apparemment normaux.

Appendicectomie.

Ponction de la vésicule qui retire 50 cc de liquide clair, dont la culture reste stérile.

Suites simples, en dépit d'un petit ictère à la 48^e heure de résolution rapide.

b) OBSERVATION N° 2

Garçon de 4 ans. Se plaint depuis plusieurs jours d'une vive douleur abdominale. Quelques nausées. Vomissements. Défense. Pas de température, ni d'ictère. Selles normales.

Diagnostic : Appendicite haut située.

Intervention : sous A.G. masse sous-costale palpable.

Vésicule biliaire très distendue en banane.

Appendicectomie.

Ponction de 40 cc de liquide clair.

1 ganglion se trouve au voisinage du cystique.

Suites simples.

NARAT. — *The Americ J. of Surgery*, XLIX, 1940, 512-13.

OBSERVATION N° 3

Garçon de 4 ans. Hospitalisé pour une douleur abdominale tenace et haute.

Pas de température.

A l'examen : contracture droite.

Intervention : (laparatomie transrectale droite).

Grosse vésicule distendue de couleur normale.

Appendicectomie (appendice sain).

Ponction qui retire 20 cc de bile diluée.

Suites simples.

LEE G.M. - ENGLENDER G.S. — *Pediatrics*, 1953, 11-5, p. 449-453.

OBSERVATION N° 4

Garçon de 7 ans, présentant depuis quelques jours des crises douloureuses abdominales entrecoupées d'accalmies. Vomissements.

Petite température.

Pas d'ictère. Ascaridiose traitée récemment.

La palpation découvre une masse palpable dans le quadrant supérieur droit dont on ne fait pas le diagnostic. Sténose du pylore?

Intervention :

La masse est une hydropisie de la vésicule biliaire.

On découvre un gros ganglion à la jonction du cystique (décrit par ailleurs comme étroit) et de la V.B.P.

Pas de lithiase.

Cholécystectomie.

Suites simples, malgré un ictère apparu au 6^e jour.

Quitte le Service au 13^e jour en parfaite santé.

GLENN - HILL. — *Annales of Surgery*, 139, 1954, 302-311.

a) OBSERVATION N° 5

Garçon de 15 ans, appendicectomisé un an auparavant, opération au cours de laquelle on avait noté une vésicule biliaire distendue que l'on avait ponctionnée.

Persistance d'une douleur accrue dans les jours qui précèdent son hospitalisation.

Intervention :

Vésicule très distendue, de couleur normale.

Cystique et V.B.P. normaux.

Cholécystectomie.

Suites simples.

b) OBSERVATION N° 6

Jeune fille de 15 ans.

Avait présenté dans l'année précédente un ictère sans température élevée.

Persistance depuis, d'une douleur paroxystique droite.

Intervention :

Vésicule énorme de coloration normale.

Cholécystectomie.

Suites simples.

GREENSTEIN - WESSON. — *Am. J. of Dis. of Children*, 88; 1, 1954, 208-211.

OBSERVATION N° 7

Bébé de 14 mois.

On découvre une masse indolore occupant le quadrant supérieur droit de l'abdomen étiquetée après rétro-pneumo-péritoine : tumeur du foie.

Intervention : Laparotomie.

Grosse vésicule. Cystique et cholédoque libres et normaux.

Cholécystectomie.

L'étude de la pièce montre un cystique presque totalement oblitéré par un anneau fibreux.

MAC EACHERN - SULLIVAN - ARATA. — *Annales of Surg.*, 142, 1955.

OBSERVATION N° 8

Fillette de 5 ans.

Relève d'une scarlatine.

Présente depuis quelques jours des crises douloureuses abdominales à droite.

A la palpation : masse volumineuse sous-costale.

Première intervention :

Laparotomie découvrant une masse prise pour une hydronéphrose. Fermeture.

Urographie intra-veineuse normale.

Deuxième intervention :

Cholécystectomie.

On trouve une vésicule épaissie contenant une bile visqueuse.

Pas de calculs. Cystique libre et normal.

Suites simples.

RANKIN. — *Archives of dis in Child.*, 1955, 149, p. 60-61.

a) OBSERVATION N° 9

Garçon de 4 ans.

Avait présenté à l'âge de 6 mois un épisode douloureux abdominal indéterminé.

Hospitalisé pour la persistance d'une douleur aiguë abdominale.

Vomissements. Pas de température, ni d'ictère.

T.R. négatif. Selles normales. Défense.

On fait tout d'abord le diagnostic d'appendicite aiguë, puis d'invagination.

Intervention :

Sous A.G. : on perçoit une masse tendue au niveau de l'hypocondre droit.

Appendicectomie. Nombreuses adénites mésentériques (appendice sain).

Ponction d'une vésicule distendue. On ramène 40 ml de liquide.

C'est une bile verte et foncée.

Suites simples. Revu 4 mois après en parfaite santé.

OBSERVATION N° 10

Garçon de 10 ans.

Présente le jour de son hospitalisation une douleur tenace ombilicale.

Quelques nausées. Intolérance aux œufs, graisses et chocolat, de longue date. Dégoût de la viande.

A été traité pour une ascaridiose dans l'année.

A l'examen :

Défense et contracture avec plastron vésiculaire. On fait le diagnostic d'appendicite aiguë sous-hépatique associée à une cholécystite.

Intervention :

Appendicectomie (appendice à peine inflammatoire).

Nombreuses adénites mésentériques. On note la présence de nodules lymphoïdes au carrefour hépatique alors que le cystique apparaît ferme et distendu et que la V.B.P. est normale.

Ponction de 30 ml d'une bile verte et épaisse.

Cholécystectomie, pas de lithiase.

Suites simples.

Evacuation massive de vers un mois après l'intervention.

SMOSLKA. — *Pédiatria Polska*, 1955, N° 11, p. 1085-1086.

OBSERVATION N° 11

Bébé de 5 mois.

Accusant une vive douleur abdominale. Quelques vomissements.

Transit abdominal normal. Pas de température, ni d'ictère.

Intervention : Laparatomie.

Vésicule distendue d'allure normale. Carrefour cystique : la V.B.P. est libre et normale.

Ponction.

Suites simples.

WILLIAMS R. — *British. Med. Journ.* 1958, May 3, 5078, p. 1047.

OBSERVATION N° 12

Garçon de 24 mois.

Hospitalisé d'urgence pour douleur atroce faisant recroqueviller l'en-

fant. Pas de température, ni d'ictère. Selles normales. Aucun antécédent. T.R. négatif.

Intervention :

Laparatomie par incision para-ombilicale droite.
Vésicule distendue. Cystique rétréci et pâle.

Cholécystectomie.

Suites simples : quitte le Service au 9^e jour en parfaite santé.

b) OBSERVATION N° 13

Garçonnet de 41 mois.

Qui présente depuis 3 jours des crises douloureuses abdominales de quelques minutes entrecoupées d'accalmies de 15 minutes environ.

A 17 mois, l'enfant a déjà fait un séjour à l'hôpital pour un bilan hépatique, on avait alors conclu à une maladie fibro-kystique du pancréas. L'enfant reste d'aspect chétif malgré le traitement institué et suivi.

A l'examen : hypocondre droit tendu et douloureux.

Intervention :

Vésicule tendue et infarcie par endroits (plaques de leucocytes). Le cystique est normal.

Ponction de 45 ml de bile visqueuse épaisse et incolore.

Cholécystectomie.

Suites simples malgré une bronchite. Les résultats histologiques font conclure à une hypersécrétion muqueuse vésiculaire.

MAC GAHAM - WHITTINGHILL. — Pediatrics 21, 1^{er} Janvier 1958, p. 91-93.

a) OBSERVATION N° 14

Fillette de 5 ans.

Accusant depuis 5 jours une douleur continue non irradiée, abdominale. Pas d'ictère. Pas de température.

A l'examen : masse sous-costale facilement perceptible malgré la défense.

Intervention :

Vésicule tendue. On aspire 40 ml de bile diluée et blanche. Petit ganglion à la jonction du bassinet et du cystique.

Après la **ponction**, on pratique une **cholécystectomie**.

On trouve une paroi vésiculaire fibreuse et un peu inflammatoire.

Suites simples.

b) OBSERVATION N° 15

Garçonnet de 3 ans 1/2.

Qui présente un tableau douloureux identique au précédent.

A l'examen, contracture nette de l'hypocondre droit.

Pas d'ictère. Température sub-normale.

Intervention :

Cholécystectomie. On trouve un ganglion au voisinage du cystique. Paroi vésiculaire épaisse. Bile stérile.

A noter que ces 2 enfants ont présenté à quelques jours d'intervalle un syndrome identique. L'interrogatoire a révélé que d'autres enfants, compagnons de jeux furent au même moment atteints d'hépatite virale.

KAPLAN M. - LAURENCE G. - GRUMBACH - POTET. — Arch. franç. de Péd., 1959, 16, 3, p. 373.

OBSERVATION N° 16

Fillette de 8 ans.

Ayant présenté à l'âge de 2 ans plusieurs épisodes douloureux avec des vomissements. Traitée pour une ascaridiose 4 ans auparavant.

Présente un ictère 2 mois avant son hospitalisation.

Température normale. Pouls à 110. Eosinophilie nulle.

A l'examen : défense de l'abdomen à droite. On perçoit facilement une masse sous-costale droite de la taille d'une orange.

Intervention le 28.9.57 :

La vésicule surgit dès l'incision péritonéale.

La **Ponction** ramène une bile blanche et diluée.

La cholangiographie montre un cholédoque dilaté. Le cystique est long et malformé. Il y a un rétrécissement du cholédoque au passage duodénal. Glangions. Œdème.

Cholécystectomie.

Suites simples.

Quelques jours après, on pratique une cholangiographie qui montre la persistance de l'image cholédoquienne et un passage duodénal facile.

L'étude anatomique montre une vésicule en aubergine, une malformation de la valvule spirale de Heister, à la partie initiale du cystique qui est cartilagineuse sur 2 cm. Des coupes en série montrent la tunellisation multiple du canal.

On observe parfois 2 ou 3 zones perméables, mais la sclérose musculaire est importante. Muqueuse légèrement inflammatoire. Intense congestion vasculaire.

L'enfant est revu un an après en parfaite santé.

**BARCAT J. - BOISSIERE H. - AUBERT J.P. - GATELMAND R. — P.M.
1959, 67^e an., 645-648.**

a) OBSERVATION N° 17

Garçon de 4 ans.

Douleur abdominale continue depuis 3 jours.

Vomissements. Pas de température. Ventre souple. La palpation révèle une masse sous-hépatique.

On fait le diagnostic d'invagination. La formule est à 9.200 G.B. avec 60 % de polynucléaires.

Intervention :

Enorme vésicule en orange.

Ponction qui vide la vésicule, ramenant une bile claire et stérile. Le cystique paraît mince.

Cholécystectomie.

Suites simples.

Quitte le Service au 8^e jour. Enfant non revu.

b) OBSERVATION N° 18

Fillette de 8 ans.

Présente un syndrome douloureux de l'hypocondre droit datant de 2 jours. Température à 37°5. Pas de vomissements, ni d'ictère. Contracture de la région sous-hépatique. Quelques crises douloureuses sont retrouvées à des dates variables dans les antécédents. G.B. à 9.600 dont 60 % de polynucléaires.

Intervention :

Vésicule de la taille d'une petite saucisse.

Ponction d'un liquide sous-tension d'apparence séro-hématique.

Cholécystostomie (sonde de Pezzer).

Suites simples. Sort guérie le 22^e jour.

Quelques mois après, vient consulter pour quelques douleurs persistantes, épigastriques, avec des nausées survenant au moment des repas.

Une biligraphie pratiquée un an après, montre des voies biliaires normales.

Revue et suivie régulièrement. Santé parfaite.

c) OBSERVATION N° 19

Garçon de 5 ans 1/2.

Hospitalisé pour traumatisme crânien avec perte de connaissance.

Apparition au 3^e jour d'un sub-ictère avec diarrhée, vomissements. Douleur hépatique. On conclut à une hépatite épidémique.

Le syndrome s'améliore d'une façon transitoire, mais au 6^e jour, apparaît une contracture hépatique qui permet cependant de sentir sous le foie, une tuméfaction arrondie très douloureuse. Le diagnostic est celui d'une cholécystite aiguë avec plastron.

Intervention :

Incision para-rectale.

Vésicule distendue, de couleur normale.

Ponction d'une bile incolore et visqueuse sans calculs, ne contenant à l'examen que quelques polynucléaires altérés. Pas de germes à la culture.

Cholécystostomie.

Suites simples.

Dans les 15 jours qui suivent, on pratique une radiomanométrie qui montre l'absence de passage du liquide de contraste dans le cholédoque malgré une forte pression.

La sonde est laissée en place 2 mois et elle permet l'évacuation quotidienne de 40 ml de bile normale.

A la fin du 2^e mois, la radiomanométrie ne permet toujours pas le passage du liquide de contraste de la vésicule vers la V.B.P. 15 jours après, soit 2 mois 1/2 après l'intervention, on enlève la sonde. Les **suites** sont parfaitement normales. La fistule se tarit rapidement. Revu dans l'année qui suit, l'enfant est en parfaite santé.

d) OBSERVATION N° 20

Fillette de 8 ans.

Hospitalisée pour un syndrome douloureux abdominal de 48 heures.

Pas de vomissements. Hypocondre droit douloureux.

G.B. à 12.300 avec 74 % de polynucléaires. Selles décolorées.

Intervention :

Incision para-rectale droite.

Vésicule tendue et violacée. Adénopathie. Œdème du carrefour.

La vésicule éclate dans les doigts.

Cholécystectomie.

Pas de calculs. Cystique induré. Bile normale.

Suites satisfaisantes, malgré un syndrome occlusif alarmant au 5^e jour.

Quitte le Service guérie au 20^e jour.

Revue 6 mois après en bonne santé.

e) OBSERVATION N° 21

Fillette de 12 ans.

Se plaint depuis 3 ans de crises douloureuses abdominales.

Nausées. Constipation. Pas d'ictère, ni de température.

Appendicectomisée un an auparavant.

Les douleurs semblent s'accroître. Température à 38°.

La fosse iliaque droite et la fosse lombaire sont très douloureuses.

La cholécystographie pratiquée montre une vésicule grosse et atone.

L'intervention est envisagée, mais l'enfant quitte le Service avant que toute décision soit prise.

Non revue.

DE GROOTE Ch. — Annales Chir. Inf., sept. 1962, p. 185-194.

OBSERVATION N° 22

Petit garçon de 6 ans 1/2.

Fatigué, sans appétit.

Présente depuis 2 jours des douleurs abdominales vagues, à localisation épigastrique, avec quelques accalmies.

Nouvelle crise violente au 4^e jour qui conduit à l'hospitalisation.

Diagnostic d'appendicite. Température à 37°. Pouls à peine accéléré. Pas d'ictère.

La moitié droite de l'abdomen est contracturée. La douleur provoquée prédomine dans la fosse iliaque droite.

Le T.R. est entièrement négatif.

Intervention : Incision type Jalaguier.

Appendicectomie (appendice légèrement inflammatoire).

Adénite mésentérique importante.

On découvre alors une vésicule biliaire énorme, en forme de saucisse, longue de 15 cm, prête à se rompre, de couleur normale. **Ponction.** Pas de

calculs. Le carrefour apparaît libre et normal. Le cystique est très long, de calibre normal. V.B.P. normale. Bile normale, mais diluée.

Cholécystectomie. Drain sous-hépatique. Fermeture.

Suites simples. Quitte la clinique au 15^e jour.

Revu 8 mois après, en parfaite santé.

Résultat confirmé 2 ans après.

L'enfant devient robuste et vigoureux.

Prof. J. MARION - G. WENGER - LATREILLE - M. DAUDET - CHALLENÇON.

a) OBSERVATION N° 23

Garçon de 6 ans.

Présente une crise douloureuse de l'hypocondre droit datant de 3 jours.

Température à 37°7. Nausées. Vomissements.

Défense de l'hypocondre droit.

Net subictère des conjonctives. Tests hépatiques perturbés. Transaminases élevées.

On décide d'intervenir en pensant à une appendicite rétro-coecale sous-hépatique.

Intervention le 30.12.59 :

Appendicectomie (appendice latéro-coecal à peine inflammatoire). Nombreuses adénites mésentériques.

Découverte d'une vésicule énorme et distendue, d'aspect normal.

Le cystique et la V.B.P. sont normaux. On s'abstient de tout geste pensant qu'il s'agit d'un processus mécanique réversible.

Suites très simples. L'ictère se confirme et disparaît.

La biligraphie pratiquée au 18^e jour est normale.

Quatre ans après, les nouvelles de cet enfant sont très satisfaisantes.

b) OBSERVATION N° 24

Garçon de 6 ans.

Dyspeptique et malingre.

Présente depuis 2 jours des crises douloureuses épigastriques, avec vomissements, sans température. Les urines sont acajou.

Pas d'ictère, mais au 4^e jour, apparition d'un sub-ictère, ainsi qu'une contracture nette de la région sous-costale, associés à des vomissements incoercibles et à une douleur très violente.

On évoque la distension vésiculaire aiguë, le cas précédent ne datant que de 2 mois environ. On décide d'intervenir sans avoir éliminé cependant la possibilité d'une appendicite sous-hépatique.

Intervention le 8.3.60 :

Incision transrectale droite haute.

On découvre une énorme vésicule tendue, en aubergine lie-de-vin.

Pas de ganglions, ni de calculs.

Cystique et V.B.P. normaux.

Appendicectomie.

Fermeture.

Suites simples. L'enfant est soulagé dès le lendemain.

L'ictère disparaît au 2^e jour.

Enfant en excellente santé, revu très régulièrement.

c) **OBSERVATION N° 25**

Garçon de 6 ans 1/2

Adressé d'urgence au Service de garde de l'Hôpital Ed.-Herriot, pour un syndrome abdominal remontant à 3 jours. Vomissements.

Température sub-normale.

Petite défense pariétale qui permet cependant de percevoir une tumeur sous-costale. Un lavement baryté montre un arrêt de la baryte à l'angle droit avec image en cupule qui semble confirmer le diagnostic d'invagination.

Intervention le 7.5.60 :

Incision pararectale droite.

On découvre une vésicule distendue que l'on évacue par **ponction**.

Appendicectomie.

Suites simples.

Quitte le Service au 10^e jour en parfaite santé.

L'enfant n'a jamais été revu par la suite.

IV. — ÉTUDE CLINIQUE

I. - ÉTIOLOGIE

L'étude comparative des 25 cas que nous présentons, nous permet de situer la distension vésiculaire aiguë chez l'enfant de 3 à 8 ans en moyenne. Les extrêmes s'échelonnent entre 5 mois (SMOSLKA) et 15 ans (GLENN-HILL). Un cas aurait été décrit chez un nourrisson de 17 jours (ARNSPIGER, MARTIN. JG. KREMPIN), mais nous n'avons pas malheureusement pu retrouver l'observation.

Quant au sexe, il ressort de notre statistique que 17 garçons sont touchés pour 8 filles. Cette proportion de 1 fille pour 2 garçons, n'apparaît guère comme une certitude, le total de 25 cas n'étant pas assez important.

II. - SYMPTOMATOLOGIE

La douleur est un signe commun à toutes les observations. Sans aucun doute, elle est constante, inaugurale, apparaissant 3 ou 4 jours en moyenne avant que soit prise la décision d'une intervention. D'emblée aiguë et paroxystique, elle conduit directement l'enfant au chirurgien, mais elle peut commencer à bas bruit pour s'aggraver et décider d'une hospitalisation. Enfin, parfois violente, obligeant l'enfant à plier les genoux et à interrompre sa marche, elle peut être suivie d'accalmie, allant de quelques minutes à rarement plus de 12 heures, accalmie pendant laquelle l'examen est strictement négatif.

A type de cisaillements ou de coups violents, elle est plus volontiers diffuse et imprécise chez un enfant malade qui redoute l'examen. Lorsque cette douleur est provoquée, on arrive à la localiser dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen, mais elle peut être iliaque, épigastrique, périombilicale. Aucune irradiation particulière ne l'accompagne. Elle est parfois diffuse à tout l'abdomen, mais elle attire l'attention d'une façon générale vers le quadrant hépatique. Elle peut être aussi trompeuse et lorsque les antécédents sont propres à égarer le diagnostic, il peut s'écouler un laps de temps de 20 jours avant que le chirurgien décide d'intervenir (MAC EACHERN dont la malade venait d'avoir la scarlatine).

Autre signe important : **les vomissements**. Précoces ou tardifs, on les retrouve souvent limités à de simples nausées. Quant à **la température**, lorsqu'elle existe, elle est minime. Elle étonne le chirurgien qui a évoqué l'appendicite aiguë. Elle dépasse rarement 37°7 et 18 de nos cas, sont strictement apyrétiques.

Dans 4 cas, **le pouls** reste un peu élevé par rapport à la température. Le **toucher rectal** est négatif ; selles, urines et transit intestinal, ne sont pas perturbés à une exception près chaque fois.

L'ictère apparaît rarement d'emblée. Nous le trouvons 5 fois ; 3 fois il attira le diagnostic vers le foie et les voies biliaires d'emblée. Il peut être tardif et apparaître à la 48^e heure des suites (2 fois) ; sa durée ne dépasse pas 4 jours.

Les antécédents enrichissent rarement le tableau clinique. Les parents apportent peu de renseignements précis. Dans 9 cas, on parle de quelques scènes douloureuses évoquant la colique ou l'embarras gastrique. Dans 3 cas cependant, ces crises douloureuses ont conduit à l'appendicectomie qui n'a pas résolu le problème (GLENN - HILL - BARCAT). Plus intéressants sont les deux enfants (RANKIN - DE GROOTE) dont l'intolérance aux œufs et aux graisses était totale avant l'intervention ; encore que les parents du petit malade de GROOTE, y aient pensé après l'intervention sur les questions pressantes du chirurgien. Nous retrouvons 3 ascaridioses traitées, et des rechutes se sont mani-

festées après l'intervention (LEE - RANKIN - KAPLAN) ; on retrouve également une scarlatine datant de 3 semaines.

Dans deux cas rapportés par MAC GAHAM, à quelques jours d'intervalle, on note la présence d'une hépatite épidémique sévissant dans l'entourage des deux enfants qui ont présenté des signes identiques et une grosse vésicule à l'intervention. Dans deux autres cas (GLENN - HILL et KAPLAN), on retrouve dans les antécédents, un ictère d'origine indéterminé.

Une seule fois, la notion d'une distension vésiculaire aiguë est mise en évidence. GLENN - HILL font une cholécystectomie à un garçon de 15 ans, qui, dans les antécédents, un an auparavant, avait subi une appendicectomie, au cours de laquelle, le chirurgien avait noté une distension vésiculaire importante et l'avait ponctionnée, ramenant ainsi 40 cc de bile claire.

A l'examen, l'enfant montre exceptionnellement un ventre souple, surtout au moment des crises. La défense constatée par le médecin traitant à domicile s'est vite transformée en contracture après un transport parfois effectué dans de mauvaises conditions. La masse de la vésicule est perceptible 13 fois, dont 2 fois de façon évidente (SMOSLKA - KAPLAN), mais sans être identifiée, on parle alors d'une masse sous-hépatique. Dans 3 cas, un nouvel examen pratiqué sous anesthésie générale, la découvre et peut-être n'était-elle pas, dans ces conditions, recherchée de façon systématique.

Le diagnostic n'a jamais été affirmé exactement. J. MARION dans le deuxième cas rapporté, évoque la distension vésiculaire aiguë, en raison d'un cas récent et identique. Chaque fois, nous suivons un chirurgien qui décide « d'aller voir » avec une arrière-pensée d'appendicite aiguë sous-hépatique (8 cas), parfois d'invagination (3), de cholécystite lithiasique (3 fois), d'occlusion (LEE - ENGLENDER), voire d'hydronéphrose.

L'évolution

Quels qu'aient été le diagnostic et le geste opératoire, l'évolution reste excellente. L'enfant quitte sa chambre dès le 5^e jour dans les meilleures conditions pour attendre 3 semaines dans les

cas où fut pratiquée une cholécystostomie. Qu'il y ait eu un ictère au 2^e jour ou un clocher thermique dès la 48^e heure, tous les résultats concordent et autorisent les chirurgiens à l'optimisme. Sur 25 enfants, un seul (BARCAT, obs. n° 18), présente dès le mois suivant quelques douleurs épigastriques avec des nausées, survenant au cours des repas. Le transit gastro-duodénal et la biligraphie ne montrent rien de particulier. Tout rentre dans l'ordre et la fillette revue 2 ans après se porte parfaitement bien.

Nous ne pouvons que nous féliciter d'apporter 25 cas de guérison totale pour une affection dont le diagnostic exact préopératoire reste exceptionnel et dont le traitement offre 4 éventualités, chaque chirurgien préconisant la sienne avec l'assurance du geste bien accompli que donne un résultat très satisfaisant.

Ces quatre éventualités, quelles sont-elles?

Traitement

1° La Ponction.

Elle est pratiquée 13 fois et représente, dans 6 cas, le geste essentiel. Dans les 8 autres observations, elle est utilisée pour diminuer la tension de l'énorme vésicule qui se déchire facilement (BARCAT). Elle permet ainsi de juger l'état de la bile et de la faire analyser, mais là n'est pas son plus grand intérêt. En effet, pour M. FEVRE, NARAT, RANKIN, SMOLSKA, elle représente, lorsque tous les constituants de l'arbre biliaire paraissent normaux, un geste qui soulage et suffit largement. Elle ramène souvent 40 à 50 cc de bile, parfois extrêmement diluée, et cette évacuation, quérît l'enfant.

2° La cholécystostomie.

Telle que la réalisent BARCAT, BOISSIERE, dans 2 de leurs cas, à l'aide d'une sonde de Pezzer ; elle a comme avantage de permettre une radiomanométrie per et post-opératoire et les auteurs ont pu mettre ainsi en évidence, dans le deuxième de leur cas, un obstacle à la jonction cervico-cystique, vérifié à 2 mois d'intervalle. Mais certains combattent ce geste et lui trouvent chez l'enfant peu d'intérêt. Outre la longueur inhabituelle de la convalescence, une observation d'EDINGTON rapportée par LEE -

ENGLENDER, souligne une toute autre évolution. Il s'agit, en effet, d'une jeune fille de 15 ans à qui fut faite une cholécystostomie pour une distension vésiculaire aiguë. Pendant 7 ans, elle est revue régulièrement et sa forme est parfaite. Deux nouvelles crises, l'une alors qu'elle a 22 ans, et l'autre 2 ans plus tard la conduisent à revoir son chirurgien. Entre temps, la fistule biliaire s'est constituée et la cholécystectomie devient indispensable.

Les 2 enfants (fillette de 8 ans et garçon de 5 ans 1/2) présentés par BARCAT jouissent d'une évolution plus privilégiée momentanément, mais cette technique chez le jeune n'est pas approuvée par certains (LEE - ENGLENDER dans leur discussion).

3° La cholécystectomie.

Elle représente environ les 2/3 des gestes accomplis et rallie, avec ou sans raison, bien des suffrages. Pour ses défenseurs, elle serait une sécurité pour l'avenir biliaire de ces jeunes. Intervention extrêmement bien supportée, elle ne donne pas d'ennui ; les suites lointaines montrent que l'enfant tolère très bien la cholécystectomie. Pour beaucoup (DE GROOTE), la distension vésiculaire aiguë est un accident mécanique dont l'origine est une dyskynésie de la voie biliaire accessoire. MIRZAEV a montré que chez l'enfant, c'était un trouble fréquent appelé à récidiver ou à évoluer ultérieurement.

D'autres (KAPLAN) avouent que ce geste reste pour eux l'expression d'une décision du dernier moment. Leur expérience personnelle, souvent limitée à un cas, ne leur permet pas d'affirmer que la cholécystectomie les satisfait davantage que la ponction, par exemple. En fonction de ce qu'ils trouvent après la laparotomie, ils seront appelés à agir, et leur décision sera fonction de leur logique, de leur expérience personnelle, des conditions où ils se trouvent (WILLIAMS effectue sa cholécystectomie, n'ayant pu effectuer une radiomanométrie). Les 14 cas de cholécystectomie que nous possédons comptent 6 formes où le cystique était anormal. Les 8 autres cas comportaient un carrefour normal (mais dans l'un d'entre eux la vésicule se rompt au cours de l'examen et de la recherche des ganglions). Dans l'ignorance des causes de cette maladie, et de son évolution ultérieure, on peut dire que pour 7 chirurgiens, la cholécystectomie a été

un geste radical dont la bénignité est une sécurité. Il apparaît cependant que pour beaucoup, il reste excessif, surtout chez le tout jeune enfant (enfant de 14 mois !).

4  L'abstention.

Nous la retrouvons dans 3 cas, ceux-ci étant les seuls où le diagnostic évoquait la distension vésiculaire ; un cas tout à fait involontaire est signalé par BARCAT, la malade ayant quitté l'hôpital avant l'intervention. Dans les 2 autres cas ; il s'agit d'une attitude réfléchie et volontaire. J. MARION et M. DAUDET, une fois l'appendicectomie effectuée, constatent la distension et referment. Ce sont d'excellents résultats : ces enfants vus et suivis régulièrement donnent entièrement satisfaction. L'un d'eux a eu, 15 jours après son intervention, une biligraphie qui s'est avérée strictement normale.

A cette thérapeutique diverse, un seul point commun : l'** volution** qui reste dans tous les cas très favorable, ce qui permet au chirurgien d'être dans chaque cas extrêmement satisfait de sa méthode, puisqu'en dehors de ce point précis, nous ne savons rien de cette maladie, de son origine, des causes et de son éventuelle évolution lorsqu'elle est livrée à elle-même et à longue échéance.

V. — PATHOGÉNIE

La distension vésiculaire dans sa forme aiguë, se manifeste chez l'enfant aux environs de 5 ans. On peut la considérer comme une maladie propre à l'enfance ou, au contraire, comme la première expression d'une maladie cervico-cystique qui aboutira chez l'adulte à l'hydrocholécyste.

Il faudrait posséder un recul beaucoup plus important que le nôtre et des données plus précises grâce à des radiomanométries répétées et systématiques, à des investigations poussées, pour trancher ce problème. Les deux malades de M. FEVRE ont été perdus de vue et les résultats les plus éloignés que nous pouvons retrouver ne dépassent pas 10 ans. Quant aux examens pratiqués, nous savons que KAPLAN et BARCAT, BOISSIERE restent les seuls à avoir effectué des épreuves radiomanométriques, J. MARION et M. DAUDET ayant effectué une bilinguographie (deuxième de leur cas).

En fouillant le passé de certaines dyskinésies biliaires (CHIRAY) chez l'adulte, on peut retrouver dès les premières années, des séries de petites crises dont le malade se souvient parfaitement et qui furent traités comme des appendicites chroniques, l'intervention dans ce cas n'ayant pas apporté un grand soulagement à l'enfant. BARCAT, BOISSIERE citent 2 cas présentés par POILLEUX dans un rapport de 28 dyskinésies où cet exemple est net, ceci renforçant les opinions de MIRZAEV (1959) et de DE GROOTE (1962) qui s'accordent à penser comme le prouvent la plupart de leurs exemples que les dyskinésies biliaires existent chez l'enfant. Pour eux, l'ensemble des cholécystites essentielles, allant de l'hydrocholécyste aigu à la nécrose avec perforation, pourrait être une complication bruyante d'une dyskinésie de la voie biliaire

accessoire chez l'enfant. Ils restent très favorables aux épreuves de radiomanométrie systématiques : leurs constatations sont à la base de leur foi en une dyskinésie cervico-cystique chez l'enfant dont le traitement reste la cholécystectomie.

Mais l'enfance n'apporte-t-elle pas à cette affection des caractères qui lui sont propres? Nous connaissons la fragilité du terrain infectieux des jeunes et l'étude de tous ces cas de distension aiguë nous prouve que cette affection n'est jamais isolée. Dans chaque cas la maladie semble s'être faite l'écho soit d'une appendicite (9 obs.), d'une infiltration lymphoïde que prouvent la multiplicité des adénites mésentériques (4 cas), et les réactions ganglionnaires, ou d'une parasitose (3 obs.), celle-ci se manifestant dans des délais variables de 1 à 2 mois après l'intervention (LEE - RANKIN - KAPLAN).

L'hépatite virale endémique qui sévissait dans la cité où demeuraient les 2 enfants dont nous parlent MAC GAHAM et WITTENGHILL s'est traduite par 2 formes aiguës de distension que les chirurgiens durent traiter à 2 jours d'intervalle. Nous retrouvons aussi 2 ictères, à type de subictère au moment de l'hospitalisation (J. MARION - DAUDET), et (obs. 6) des tests hépatiques légèrement perturbés (GLENN - HILL - J. MARION). Citons aussi la scarlatine dont les suites ont perturbé le diagnostic à un point tel que l'opérateur eut recours à 2 laparotomies pour faire la deuxième fois une cholécystectomie (Mac FACHERN).

De tout ceci nous ne pouvons tirer aucune conclusion précise quant à l'origine ou la constitution de cette affection. Nous voyons qu'en fonction des antécédents, des affections intercurrentes (choc traumatique d'un enfant de 5 ans 1/2, traité par BARCAT, BOISSIERE), le tableau devient aigu et exige une vérification ; on découvre alors l'exclusion mécanique et passagère de la vésicule et quel que soit le geste pour lequel on ait opté, l'évolution reste sans faille aucune, favorable. La biligraphie va confirmer le résultat favorable d'une évolution livrée à elle-même et les 2 cas où l'attitude du chirurgien fut l'expectative, sont très en faveur d'une véritable maladie de l'enfance à évolution spontanément bénigne.

Cette discussion pathogénique nous permet de faire quelques remarques :

— La conduite à tenir en face d'une telle affection sera presque toujours l'exploration chirurgicale, dans la mesure où un diagnostic précis et sûr est cliniquement improbable.

— Par contre, la lésion reconnue, son évolution chaque fois favorable, incline vers le geste le plus simple et le moins susceptible de conséquences ultérieures. Sans condamner la cholécystectomie, on ne peut s'empêcher de la trouver disproportionnée avec la nature évolutive spontanée du syndrome et nous penchons pour l'absention ou la simple ponction. D'autant qu'en transposant le problème chez l'adulte, on sait que toutes les grosses vésicules, hydrocholécystes intermittents ou stables sont loin d'être des indications chirurgicales systématiques.

— Enfin, pour rallier les opinions puisqu'il est impossible de fixer un traitement, on est amené à souhaiter qu'au cours d'une appendicectomie, chaque fois que l'appendice sain et les adénites mésentériques n'emportent pas la conviction, chaque fois qu'une douleur haut située s'accompagne ou non d'un ictère ou d'un subictère, l'attention du chirurgien soit attirée vers la sphère biliaire. L'exploration de la vésicule deviendrait alors systématique et les cas de distension vésiculaire aiguë en augmentant prouveraient que chez l'enfant cette maladie est plus fréquente qu'on ne le pense ; elle disposerait alors d'éléments plus nombreux et précis.

CONCLUSIONS

1) Décrite en 1933 par FEVRE, la **distention vésiculaire aiguë** désigne des constatations anatomo-cliniques qu'il est rare mais non exceptionnel de faire dans la première enfance au cours de laparotomies effectuées en général d'urgence avec le diagnostic d'appendicite aiguë ou d'adénolymphite mésentérique, plus rarement celui d'invagination, d'hydronéphrose ou de tumeur abdominale.

Sans doute, ces constatations seraient-elles moins rares si l'absence des lésions appendiculaires présumées, comportait plus volontiers chez l'enfant l'exploration au moins manuelle de la région hépato-vésiculaire.

2) **Cliniquement**, le siège de la douleur et éventuellement de la défense, la perception d'une tuméfaction sous-costale, l'apparition rare d'ailleurs d'un ictère ou d'un subictère devraient conduire à envisager au moins un diagnostic que sa rareté même n'a jamais permis jusqu'ici de formuler avec netteté.

3) **Anatomiquement**, il s'agit apparemment d'une distension vésiculaire purement mécanique et la structure de la paroi comme l'aspect et la fluidité de la bile attestent l'absence de toute infection.

Par contre, la cause de cette exclusion vésiculaire temporaire est loin d'être toujours évidente. On a évoqué une compression ganglionnaire, des malformations congénitales ou cystiques. Il semble que dans certains cas au moins, on puisse évoquer une dyskinésie cervico-cystique (De GROOTE).

4) En fait souvent on ne sait pas et de cette ignorance naît l'incertitude où l'on est de la thérapeutique la meilleure : cholécys-

tectomie, cholécystostomie permettant l'exploration radiologique post-opératoire de l'arbre biliaire, simple ponction soulageant la distension vésiculaire, abstention ont toujours été suivies d'une guérison constante, rapide et apparemment définitive.

5) Il conviendrait cependant de savoir dans quelle mesure de tels épisodes de la petite enfance, moins rares sans doute qu'on ne le croit, peuvent être reliés à des manifestations ultérieures de la grande enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte.

Vu et approuvé :

Le Doyen,
J.F. CIER

Le Président de la Thèse,
J. MARION

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 11 JUIN 1964

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- AHRENS (W.E.). — Cholelithiasis and cholecystitis in infancy and childhood. Clin. Proc. child Hosp. Wash 13 (5) May 57, 85-93.
- ALEMAN (E.), RODRIGUES BAZ (L.), MARGOLLES (A.). — Cholelithiasis in a 11 year old boy. Rev. Cuba Pediat., 343, 13, Sept-Oct. 1962.
- ALONSO, ARMANDO. — Colelithiasis. Rev. Chilena de Pediatría, 1930, 637.
- ARENDSHORST. — Acute pancreatitis and gallbladder disease in a child. Med. T. Geneesk., 105 : 73-5, 11 nov. 61 (Dut).
- ARNHAIM, JERRO, BECKER (M.). — Abdominal pain in children. Pediatric Clinics of N. A. Vol. 6, N° 4, 1073-1084, Nov. 1959.
- ARNSPIGER J. G. MARTIN TEXAS. — Acute non calculous cholecystitis in a children.
- BARBITT (D.C.). — Gallstone in children : report of 4 cases. A.M.A.J. Dis. Child, 92 : 5-8, July 1956.
- BARCAT (S.), BOISSIERE (H.), AUBERT (J.P.), GATELMAND (R.). — La cholécystite aiguë chez l'enfant. La Presse Médicale N° 16, Mars 1959, page 645.
- BARNES (FRANK E.). — Cholecystitis in a four year old child. American J. of Surgery. Vol. 95, June 1958.
- BEALS J.A. — Cholecystitis and cholelithiasis in children. South. M. J., 21 : 666, 1928.
- BEAU (A.), PREVOT (J.), MANCIAUX (M.). — Lithiase biliaire avec symptomatologie atypique chez un garçon de 14 ans. Revue Médicale. Nancy 86 : 785-90, Août-Septembre 1961.

- BENGMARK (S.), RAADBERG (C.). — Cholecystitis in boy 18 months old. Nord Med., 55 : 88-89, jan. 1956 Sw.
- BERIS (S.), PETERS (CH.). — Cholélithiasie dans l'enfance et l'adolescence. Lancet, 82 : 258, 9 juin 1962.
- BISSON (C.). — La cholécystite calculeuse chez l'enfant. Union Méd. du Canada, 71 : 45, 1942.
- BOBOK (D.W.). — Hydrops of the gallbladder in a tree year old girl. J. Okla Med. Ass., 55 : 125-6, Apr. 1962.
- BONTA (J.A.), LOUINGOOD (C.G.). — Acute cholecystitis in childhood. Surgery 31 : 309-311, Feb. 1952.
- BOOKER (L.). — Cholécystite chronique et cholélithiasie chez une enfant de mois 1/2. Journal of Pédiatrics, 1952, 667.
- BORSELLINO (U.), SCALTRITI (F.). — Cholélithiasie chez les jeunes. Archiv. Ital. Chirur., 87 : 513, 28 octobre 1961.
- BOTERO RESTREPO (L.). — Colelitis en ninos. Antioquia Medica, Vol. 11, N° 2, page 127.
- CAFFEY (J.). — Billiary Tract. Pediatric X. Ray Diagnosis, 1961, page 517.
- CARVAJAL (R.). — Consideraciones quirurbicas acerca del Hgado y vías biliares. (Tasis de prueba para optar al titulo de Medico Cirujano. Univ. de Chile), 1945, page 19.
- CHIODIN (L.), BELIZAN (L.A.). — Colecistitis calculosa en un nino. Bol. Soc. de cir. de Rosario, 6 : 121-126, 1939.
- CHIRAY (M.). — Les dyskinésises biliaires fonctionnelles. Gazette Méd. France 1954, novembre, 1277-1286.
- CIENFUEGOS (E.), SEPULVEDA (H.), B8RILARI (C.). — Colecistitis cronica en la infancia. Revista Chilena de Pediatria. Octubre de 1948, page 802.
- Mc CLENDON (S.J.). — Gallstone in children ; a case Diagnosed by Roetgen Examination. Am. J. Dis. Child., 45 : 584-586, 1933.
- DAINKO (E.A.), BOWYER (A.F.), JOHNSON (F.R.), BEATTRE (E.J.). — Cholélithiasis in a child with sickle cellanemia case report and rewiew. Arch. Surg., 86, page 203-208, Février 1963.

DANNENBERG (A.B.), SARIOGLU (A.R.). — Diseases of children. Gall bladder disease in a seven and one half year old child. American Journal, T. 88, p. 350-355, 1954.

DAVID (L.), AUPINEL (R.). — A propos d'un cas de cholécystite aiguë lithiasique de l'enfance. Mém. Ac. Chi., T. 76, N° 10-11, page 335-336, 8 mars 1950.

DE DIEGO (R.). — Colesistitis aguda en la infancia. Dia Medico Ano XXXII, N° 90, page 2.637.

DE GROOTE. — Distension aiguë de la vésicule chez l'enfant, leur place parmi les dystonies cervico-cystiques.

DESROSIERS (L.C.), MALGRAS (P.). — Biliary lithiasis in a child. Arch. Franc. Pédiat., 17 : 531-3, 1960.

DIETRICH (K.F.). — Sur les calculs vésiculaires dans l'enfance. Méd. Klin., 57 : 665-669, Avril 1962.

DRISCOLL (A.). — Cholelithiasis and hiatus hernia. Canal. Nurse, 57 : 648-53, Juil. 1961.

DUMAS. — La cholécystite calculeuse aiguë chez l'enfant. Thèse de Lyon, 1943-1944.

EDINGTON G.H. — After History of a case of Gall Stone in a young subject. Brit. M. J., 1 : 782, 1930.

ENGLER (I), GRUNERT (V.). — A Contribution to cholecystitis in childhood. Cesk. Pédiat., 16 : 639-42, Jul.-August., 1961.

ESPINOZA J. — Colecistitis cronica en la infancia. Archivos Chilenos de Morfologia. Tome 7, 1949, page 99.

FARR (C.E.). — Cholecystitis and cholelithiasis in children. Arch. Pédiat., 39 : 574-581, 1922.

FEVRE (M.). — Distensions douloureuses vésiculaires aiguës ou subaiguës. Société de Pédiatrie, 17 octobre 1933.

FEVRE (M.). — Chirurgie infantile d'urgence. Masson Ed., Paris 1958.

FEVRE (M.), FOLLIASON, LIEGE (R.). — Perforation de la vésicule biliaire au cours d'une typhoïde grave. Opération. Guérison. Rapport à la Société Nationale de Chirur., 4 juin 1930, T. LVI, N° 19.

- FORSHALL (I.), RICKHAM (P.P.). — Cholecystitis and cholelithiasis in childhood. *British Journal of Surgery*, 42 : 172, 1954.
- GAIRDNER D. — Association of Gall stones with Acholuric Jaundice in children : report of a case in a child aged 3 years with Note on crisis of Acholuric Jaundice. *Arch. Dis. Childhood*, 14 : 584-586, 1933.
- GANDULFO (J.). — Dos casos de lithiasis biliar en niños. *Rev. Chilean de Pediatría*, 1930, page 547.
- GEDEON (A.). — Obstruction lithiasique aiguë du cholédoque chez un enfant de 12 ans. *La Presse Médicale* 21 Juin 1958. *Sté de Chirurgie de Toulouse*, 26.3.1958.
- GELLIS. — Acute distension of gall bladder in children. *Year Book of Pediatrics*, 1955, 56, p. 188-89.
- GIARELLI (L.). — Contribution to the pathology of the liver and bile ducts of the Newborn Hydraps and calculus of the gall bladder. *Rev. Anat. Pat. oncol.*, 17 : 77-91, Janv. 1960.
- GIBSON (J.). — Medical Essays and observations, 1722 Quoted by Snyder C.C. : Cholecystitis and cholelithiasis in Young Children (Necropsy quoted by Sobel). *J.A.M.A.*, 85 : 31, 1925.
- GILFILLAN (N.), WYCIE J.H. Jr. — Acute cholecystitis in children. *Henry Ford Hosp. Med. Bull.*, 8 : 433, 7 déc. 1960.
- GLENN (F.), HILL (M.R.). — Primary gall bladder disease in children. *Ann. Surg.*, 1954, 139, 3, p. 302-311.
- GREENSTEINN, WESSON (H.). — Hydrops of the gall bladder in the fourteen month old infant. *American Journal of diseases of children* 1954, 84, 2, p. 208-211.
- GRIFFIN (G.D.J.), SMITH (L.A.). — Gallbladder Disease in adolescents and Young Adults. *J.A.M.A.*, 154 : 731-733 (Feb. 27), 1954.
- GROSS (M.). — Patologia quirúrgica infantil. *Editorial Científica Médica*, 1958.
- GROSS (R.E.). — Surgery of Infancy and childhood : its principles and Techniques. Philadelphia 1953, W.B. B. Saunders and Co.

- HAGBERG (B.), SVENNERHOLM (L.), THOREN (L.). — Cholelithiasis in childhood. *Acta Chir. Scand.*, 123 : 307-15, Apr. 1962.
- HARRIS (R.C.), GOFFEY (J.). — Cholecystography in Infants. *J.A.M.A.*, 153 : 1333-1337, (Déc. 12) 1953.
- HERVE (J.). — Cholécystite chez l'enfant. *Nourrisson*, 41 : 282, 289.
- HOPMANS (C.C.). — Acute Cholecystitis in children. *Canad. MAJ* 72 : 127, Jan. 15, 1955.
- INOSTROZA (A.). — Un caso de colelithiasis. *Rev. Chilena de Pediatría*. Ano 4º, N° 16, Junio de 1933.
- INOSTROZA (A.). — Colecistitis Aguda. *Rev. Chilena de Pediatría*. Ano 4º, N° 9, Septiembre de 1933, p. 446.
- JAROSLAVSKY (L.), BLUMENFELD (I.). — Lithiasis biliar precoz en un nina. *Semana Med.*, 2 : 1506-1509, 1938.
- JONES. — Cholelithiasis in childhood. *Lancet* 1951, 1, p. 324-325.
- JUDD (E.), STARR - GRAY H.K.). — Cholecystitis and cholelithiasis in Christopher. *F. Texbook of Surgery*. Ed. 5, Philadelphia, 1949 W.B. Saunders Company, p. 1.127.
- KALHE (H.R.), JACKSON (J.T.). — Cholecystitis in Negro children. 2 cases. *J.A.M.A.*, 151 : 1269-1271, April 11, 1953.
- KAPLAN (M.), LAURENCEG, GRUMBACH (B.), POTET, DRAPEAU. — Hydrocholécystite avec malformation du cystique et du cholédoque chez une enfant de 8 ans. *Archives françaises de Pédiatrie*, 1959, 16, 3, p. 372-379.
- KERSNER (L.). — Colelithiasis en *Pediatría*. *Dia Médico*. Ano XXIX, N° 24, p. 693, 1957.
- LANGERON, PREVOST (Rapport CHIGOT, discussion ROUX). — Lithiase de la vésicule biliaire chez une fille de 5 ans. *Académie de Chirurgie*, 18 avril 1956.
- LARY (B.G.), HOWARD (K.). — Acute non calculeus cholecystitis with associated mesenteric adenitis in a child. *Ama. Arch. Surg.*, 79 : 605-606, Oct. 1959.

- LAWLER (R.H.), WEST (J.W.), MURPHY (R.P.). — Cholélithiase dans la jeunesse. *The American Journal of Surgery*. New-York 4 avril 1951, vol. 81, 421.
- LEE (G.M.), ENGLENDER (G.S.). — Massive hydrops of the Gall bladder producing pylorico-obstruction in a 7 year old boy. *Pediatrics* 1953, 11, 5, p. 449-453.
- LEOW (A.). — Cholécystite calculeuse aiguë dans l'enfance. Un cas simulant une hépatite. *Missouri Med.*, 58 : 564-566, juin 1961.
- LIEGE (R.), FOLLIASSON. — Etude médico-chirurgicale des perforations de la vésicule biliaire au cours de la typhoïde chez l'enfant. *Arch. de Méd. des Enfants*. T. XXXIV, N° 10, oct. 1931.
- LIEGE (R.), MUZAC. — Cholécystectomie pour lithiase chez une jeune fille de 14 ans. *Arch. Françaises de Pédiatrie*, 1951, 98-99.
- LIEUTAUD. — *Historia anatomo-médica*, Paris 1767.
- LUZUY (M.), AUDY. — Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre chez un enfant de trois ans. Cholécystectomie sub-totale. Guérison. *Mém. Acad. de Chirurg.*, 71 : 26-28, 1945.
- MAC EACHERN (C.G.), SULLIVAN (R.E.), ARATA (J.E.). — Massive hydrops of the gall bladder in a 5 year girl. *Annals of Surgery* 1955, 142, 6, p. 1038-1041.
- MAC GAHAN (J.J.), WITTINGHILL (J.A.). — Acute idiopathic hydrops of the gall bladder not due to calculi possibly to infection hepatic. Report of 2 cases in neighboring children. *Pediatrics*, 1958, 21, 1, p. 91-93.
- MAREK (S.), MUHLSTEIN (M.). — Surgically treated severe inflammation of the gall bladder in an 8 year old girl. *Cesk. Pediat.*, 16 : 643-645, Jul. Ayr., 1961.
- MARION (J.), WENGER (G.), LATREILLE, DAUDET (M.), CHALENCON (J.L.). — A propos de 3 cas de distension vésiculaire aiguë chez l'enfant. *Réunion Lyonnaise de Pédiatrie*, Nov.-Déc., 1963.
- MELCHIOR (E.). — Gallensteinerkrankungen in Kindesalter. *Ann. Paediat.*, 154 : 292-295, 1940.
- MINTZ (A.), CHURCH (G.), ADAMS (E.D.). — Cholelithiasis in sickle cell anemia. 1955 *J. Pediat.* T. 47, p. 171-177.

- MIRZAAV (T.M.). — Diagnostic radiologique de la dyskinésie des voies biliaires chez l'enfant. *Pediatrics* (Moscou), 1957, 35, 5, mai, 5-9.
- MONSAINGEON (A.), LAUMONNIER (R.). — Anomalie congénitale du canal cystique. *Archives Maladies AAP. Digestif*, 40 : 2, p. 195-196.
- MORALES, TABOADER, TOLEDO. — Cholécytite et cholélithiase chez l'enfant. (Reo. Chile. *Pediat.* 16 cas). 1961. Vol. 32, N° 11, novembre, p. 615-620.
- MORSE (C.K.). — Acute cholecystitis in an eight year old boy. *J. Maine Méd. Ass.*, 51 : 15 janv. 1960.
- MOUCHET (A.), MARQUAND (J.), GARCIN (J.P.), GUIVARC'H. — Lithiase biliaire de l'enfant et de l'adolescent. A propos de 3 observations. *Mémoires de l'Ac. de Chirurg.*, 1964, 90, p. 55-61, N° 1-2-3.
- MURCE (A.). — Gall bladder diseases in children. *Clinical findings. Resenha clin. cent.*, 20 : 17-20 janvier 1951.
- NARAT (J.K.). — Hydrops of gall bladder in a 4 year old child. *Ann. J. Surg.*, 49 : p. 513-514, 1940.
- NELSON WALDO (E.). — Cholecystitis and cholelithiasis. *Textbook of Pediatrics*, 1959, p. 714.
- OATES (G.D.). — Perforated empyema of the gall bladder in an infant. *Brit. J. Surg.*, 48 : 686-688, May 1961.
- O'SHEA (M.D.). — Stones in the Ductus Choledocus ; Analysis of 2,602 cases of Biliary Tract Disease, Clinic at St-Vincent's and Harlem Hospitals. *Am. J. Surg.*, 57 : 279-293, 1942.
- POTTER (A.H.). — Biliary diseases in young subjects. *Surgery, gynecology and obstetrics*, 66 : p. 604, 1936.
- POTTS WILLIS (J.). — The surgery on the child. Eaudner Company 1959.
- PRIETO ERNESTO. — Un caso de colelithiasis. *Rev. Ch. de Pediatrics*, N° 12, Dic. 1939, page 838.
- RANKIN (W.). — Acute distension of the gall bladder in children. *Archives of diseases in childhood*, 1955, N° 149, p. 60-61.
- RIVAS Diez (B.). — Colecistitis calculosa en una ni de 11 anos de edad. *Semana Med.*, 1 : 37-39, 1939.

- ROBERTSON (H.E.). — Gastroenterology. T. 5; page 345, 1945.
- ROUX (M.), DEBRAY (Ch.), LE CANUET (R.), LAUMONNIER (R.). — Pathologie chirurgicale des voies biliaires extrahépatiques. Masson Ed., Paris, 1961.
- RYAN (J.A.). — Gall bladder disorders in the young. Canad. J. Surg., 4 : 69-73, Oct. 1960.
- SCOLARI (F.). — Cholécytite calculeuse chez l'enfant. Chirurgia Italiana, Juillet 1948, vol. 2, An. 2, fasc. 4, 1248.
- SHACKELFORD RICHARD. The gall bladder and Extrahepatic biliary Diseases. Surgery of the alimentary tract in infants and children 1959. Chap. 4, page 693, 1956.
- SINGLETON Edward (B.). — X Ray Diagnosis of the alimentary Tract in infants and children, 1959.
- SMOLSKA (I.). — Un cas de distension de la vésicule biliaire chez un nourrisson. Peditria Polska, N° 11 : p. 1085-1086, 1955.
- SNYDLER (W.H.), CHAFFIN (L.), OETTINGER (L.). — Lithiase et perforation biliaire chez un enfant, avec guérison. The jour. of the Amer Med. Assoc. (Chicago). Août 1952, vol. 149, N° 17, 1645.
- SOBEL (I.P.). — Arch. ped., T. 55 : p. 669, 1938.
- SODERLUND (S.), ZETTERSTROM (B.). — Cholecystitis and cholelithiasis in children.
- SEROR (J.), RIVES (J.). — Les coudures vésiculaires. Ann. de chirur. XII (Acc. 52), N°23-24, p. 1339-1347.
- SORGE (D.V.). — Cholecystitis and cholelithiasis in children. Report of four cases. Pediatrics, p. 46-51, T. 29, Janvier 62.
- SORGE (D.V.). — Gall bladder disease in children. St-Vincent Hosp. Med. Bull. 5, p. 13-14, juin 1963.
- SPENCE (G.R.). — Cholelithiasis in ravborn infants. Arch. Ped., T. 58 : p. 479-481, 1941.
- STODULSKI (J.). — A case of acute hemorrhagic pancreatitis with distension of the gall bladder. Pediat. Pol., 36, 651, 3 juin 1961.

- STILL (G.F.). — Trans ath. Sor Lond. T. 50 : p. 151, 1899.
- STOWENS (D.). — Acquired diseases of the biliary System. Pediatric Pathology, 1959.
- SVENNERHOLM (L.), THOREN (L.). — Cholelithiasis dans l'enfance. Etude des suites avec références spéciales à l'hérédité, les facteurs constitutionnels et les lipides du sérum. Hugbers B. Acta chirurg. Sand. 123 : 307, 15 avril 1962.
- SWENSON (Oward). — Gall bladder diseases. Pediatric Surgery, p. 280, 1958.
- SWING (A.), BULLOWA. — Amj. Dis. Child., T. 55 : p. 521, 1938.
- TESLER (J.). — Gastroenterology. T. 7 : p. 685, 1946.
- TORNAI (A.), IUKO (G.), KERESZTURI. — Cholecystitis in newborn and older children. Ory. Hetil, 101 : 601-604, 24 April 1960.
- TURCOT (J.). — Cholécystite et cholélithiasis chez les jeunes : aspects étiologiques. Laval Méd., 10 : 338-343, 1945.
- ULIN (A.W.), NOSAL (J.L.), MARTIN (W.L.). — Cholecystitis in childhood associated obstructive jaundice. Surgery, 31, 2 : p. 312-327, 1952.
- URBANEK (J.). — Cholélithiasis dans l'enfance. Cesk. Pediat., 16 : 634, 8 Juillet-Août 1961.
- URANA (B.). — Inflammations of the biliary tract in infancy. Cesk. Pediat., 16 : 629-633, Juil.-Aug. 1961.
- VANNIER (M.M.J.), GIRARD. — Un cas de cholélithiasis. Arch. Mal. App. Digestif, T. 47, N° 7-8, juillet-août 1958.
- VERA (M.), CAMACHO (E.), GUTIERREZ (C.). — Abdomen agudo en la infancia. Pediatría, Vol. 2, N° 2, Abril à Junio de 1959, p. 98.
- WALKER (G.R.), FIELD (P.), CONEN (P.E.) — Cholelithiasis associated with congenital malformation of the cystic duct in a young child. Brit. J. Surgery, N° 207 : p. 78-81, 1960.
- WALKER (P.A.). — Bri. Med. Journ. T. 1, p. 1242, 1951.

- WAREN (K.W.). — Choledochostomy and cholecystectomy. The Surgical Clinics of N.A. Vol. 10, N° 3, p. 681-703, June 1960.
- WEENS (H.S.). — Ann. inter. Med., T.22 : p. 182, 1945.
- WEBB (J.A.). — Acute cholecystitis of childhood. J. Michigan M. Soc., 55 : 431-432, April 1956.
- WILLIAMS (R.). — Acquired mucocoele of the gall bladder in childhood. Brit. Med. Journ., 3, 5078, p. 1047, 1958.
- WALKER (C.). — Etiologie de la lithiase vésiculaire de l'enfant. Archives of diseases in childhood, 32 : p. 239-297, Août 1957.
- WILENIAS (R.). — Cholecystis and cholelithiasis in childhood. An. Chir. et Gynaec. Fenniae, 40 : 135-146, 1951.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
DÉFINITION ET ÉTUDES DES LÉSIONS	19
PRÉSENTATION DES OBSERVATIONS	21
ÉTUDE CLINIQUE	33
I. - Étiologie	33
II. - Symptomatologie	33
PATHOGÉNIE	39
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45
